

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922

N° 24

Contribution à l'étude des troubles fonctionnels urinaires de la cystocèle vaginale

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 12 Décembre 1921

PAR

Charles, Pierre, René NAULEAU

Né le 5 août 1896, à Jarzé (Maine et Loire)

Examineurs de la Thèse	{	MM. POUSSON professeur	Président
		MOUSSOUS, professeur	Juges.
		VILLAR, professeur	
		VERGER, professeur	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE J. BIÈRE

18-20, Rue du Peugue, 18-20

1921

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922

N° 24

Contribution à l'étude des troubles fonctionnels urinaires de la cystocèle vaginale

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 12 Décembre 1921

PAR

Charles, Pierre, René NAULEAU

Né le 5 août 1896, à Jarzé (Maine-et-Loire)



Examineurs de la Thèse

{	MM. POUSSON professeur.....	Président
	MOUSSOUS, professeur.....	Juges.
	VILLAR, professeur.....	
	VERGER, professeur.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE J. BIÈRE

18-20, Rue du Peugue, 18-20

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD,

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique interne	ARNOZAN.	Pharmacie	DUPOUY.
Clinique externe	CASSAET.	Zoologie et parasitologie..	MANDOUL.
Pathologie et thérapeuti-	CHAVANNAZ.	Médecine expérimentale..	FERRE.
que générales.....	VILLAR.	Clinique ophtalmologique..	LAGRANGE.
Clinique d'accouchements.	CRUCHET.	Clinique chirurgicale, in-	DENUCE.
Anatomie Pathologique...	RIVIERE.	fantile. Orthopédie	BEGOUIN.
Anatomie	SABRAZES.	Clinique gynécologique...	MOUSSOUS
Anatomie générale et his-	PICQUE.	Clinique médicale des ma-	DENIGES.
tologie	G. DUBREUIL.	ladies des enfants.....	SIGALAS.
Physiologie	PACHON.	Chimie biologique	LE DANTEC
Hygiène.....	AUCHE.	Physique pharmaceutique.	
Médecine légale	VERGER.	Pathologie exotique	W. DUBREUILH
Physique biologique et	BERGONIE.	Clinique des maladies des	
d'électricité médicale...	CHELLE,	voies urinaires.....	POUSSON.
Botanique et matière mé-	BEILLE.	Clinique psychiatrique...	ABADIE.
dicale.....		Clinique d'oto-rhino-laryngologie...	MOURE.
		Toxicologie.....	BARTHE.

M. PRINCETEAU.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.	NN.	Médecine générale.....	LEURET.
Histologie.....	LACOSTE, chargé.		DUPERIE.
Physiologie	DELAUNAY.		CREYX.
Anatomie pathologique...	MURATET.		N...
Parasitologie et Sciences)	R. SIGALAS, chargé.	Maladies mentales.....	PERRENS.
naturelles	N...	Médecine légale.....	LANDE.
Physique biologique et			GUYOT.
médicale	RECHOU.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
Chimie biologique et médi-			DUVERGER
cale	N...		PAPIN.
Médecine générale	PETGES.	Obstétrique	PERY.
	CARLES.	Ophtalmologie.....	FAUGERE.
	MAURIAC.	Pharmacie	TEULIERES
			LABAT
			N.

CHARGÉS DE COURS

Cours de clinique dentaire	MM. CAVALIÉ
— complémentaire de thérapeutique et pharmacologie	CARLES
— — de médecine opératoire	VENOT.
— — d'accouchements	PERY.
— — d'ophtalmologie	CABANNES.
— — de puériculture	ANDÉRODIAS.
— — de climatologie et hydrologie médicale	SELLIER.
— — de démonstrations et de préparations phar-	
— — maceutiques.....	LABAT.
— — de vénéréologie.....	PETGES.
— — de pathologie interne.....	GUYOT.
— — de pathologie externe.....	MAURIAC.
— — d'ortopédie chez l'adulte pour les accidentés	
— — du travail, les mutilés de guerre et les infirmes	ROCHER.
— — annexe de prothèse et rééducation professionnelle.....	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MES CAMARADES
TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR BELLOT
MÉDECIN GÉNÉRALE DE 1^{re} CLASSE
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR POUSSON

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

AVANT-PROPOS

Nous ne voudrions pas terminer nos études sans adresser nos remerciements les plus sincères à nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Bordeaux pour leur précieux enseignement.

Que Monsieur le professeur Pousson qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et guidé dans notre travail avec tant de bienveillance veuille bien accepter tous nos remerciements et l'assurance de notre respectueuse gratitude.

Qu'il agrée l'expression de notre plus profonde reconnaissance pour l'extrême honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette modeste thèse.

Nous ne manquerons pas de témoigner notre reconnaissance à nos professeurs de l'école annexe de Rochefort.

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer dans le service de notre maître M. le professeur Pousson deux cas de cystocèle vaginale, nous avons été amenés à rechercher les travaux publiés sur cette question.

Il s'agissait de deux malades présentant un très léger degré de cystocèle en tant que tumeur. Le symptomatologie subjective par contre, et en particulier les troubles urinaires (obs. XXIV), avaient pris une importance considérable.

La connaissance de la cystoèle vaginale est de découverte assez récente. La première mention de cette affection date de 1590; mais le premier travail vraiment particulier sur cette question, n'apparaît qu'en 1732; nous le devons à J. P. Divaux qui soutient à Strasbourg une thèse intitulée : « *Disertatio medico-chirurgica de hernia vesica urinariæ* ». En 1745 Verdier écrit quelques lignes sur la question. Mais à partir du dix-huitième siècle, les observations et les travaux vont se multiplier. A cette époque, avec le mémoire adressé à l'Académie de médecine en 1835, par une sage-femme de Paris, Mme Rondet, avec les travaux de Malgaigne, nous voyons approfondir les questions étiologiques et pathogéniques.

Par contre au dix-neuvième et surtout au vingtième siècle, les recherches s'orientent vers le traitement chirurgical qui succède au traitement par le classique mais insuffisant pessaire. Nous avons eu alors la surprise de constater que

ces recherches étaient pour la plus grande part dues à des gynécologistes et qu'au contraire les travaux d'urologistes restaient en général muets sur la question. Peut-être devons-nous attribuer ce fait à la fréquente coïncidence de la cystocèle vaginale avec le prolapsus génital. Aussi dans ces travaux de gynécologie, la description et la pathogénie des troubles urinaires, sont assez succints.

Le diagnostic de la cystocèle vaginale à symptomatologie complète, c'est-à-dire à symptomatologie et subjective et objective, semble et est en réalité des plus faciles; bien que Fabre dans sa « *Bibliothèque du médecin praticien* » relate l'histoire d'un chirurgien de l'époque, qui, appelé auprès d'une femme présentant une volumineuse cystocèle, s'était livré sur cette tumeur à de malencontreuses tractions, l'ayant prise pour une tête fœtale.

Mais il existe une catégorie de malades atteintes de cystocèle peu volumineuses, présentant à défauts de symptômes objectifs, des troubles urinaires notables. C'est parfois grâce à leur connaissance exacte que le diagnostic de cystocèle vaginale peut être posé permettant d'éviter, comme l'écrivent Labadie-Lagrave et Leguen, dans leur traité médico-chirurgical, de voir traiter pour cystite, une malade atteinte de cystocèle vaginale.

Avant d'entreprendre l'étude détaillée de ces troubles urinaires, nous dirons quelques mots d'anatomo-pathologie, et pour terminer nous rappellerons les complications de la cystocèle vaginale du côté de l'appareil urinaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Normalement, la vessie est soutenue et fixée par les cordons vestiges de l'ouraque et des artères ombilicales, par les ligaments pubiovescaux, mais surtout par le plan fibromusculaire, sur lequel elle repose.

Ce plan est formé par les fibres des muscles ischio-coccygiens et releveurs de l'anus. Les fibres musculaires de ce dernier muscle s'insèrent sur tout le pourtour du bassin; les fibres les plus externes concourent alors à la formation du raphé fibreux rétro-rectal, les fibres internes pour leur part provenant du pubis descendent sur les faces latérales du vagin sans s'y insérer, puis viennent s'entrecroiser en arrière de cet organe, en avant du rectum formant avec les fibres du côté opposé le raphé ano-vaginal, dont les lésions sont si fréquentes dans les accouchements laborieux.

Les fibres internes des muscles releveurs de l'anus forment donc une sangle pubo-vaginale qui par sa tonicité soutient la paroi postérieure du vagin et l'attire en haut et en avant.

Le vagin, cavité normalement virtuelle transmet de sa paroi postérieure à sa paroi antérieure directement appliquée contre elle cette force qui la soutient et l'attire. La vessie et par son intermédiaire, tous les viscères abdominaux reposent alors sur un plan solide et résistant.

Si pour une raison quelconque, la sangle pubo-vaginale vient à céder, la paroi postérieure du vagin s'affaisse et la paroi antérieure, impuissante à soutenir seule la pression

abdominale, cède, constituant le stade initial de la colpocèle antérieure.

D'autre part, la paroi postérieure de la vessie en rapport avec la paroi antérieure vaginale, lui est intimement unie par un tissu dense et serré, ne présentant aucun plan de clivage. Ces deux parois se suivront donc intimement dans leurs déplacements; et lorsque la paroi antérieure du vagin fléchira en bas et en arrière, ainsi qu'elle le fait dans la colpocèle antérieure, la paroi vésicale postérieure suivra son mouvement de descente et nous verrons ainsi se former la colpocystocèle.

Peu à peu nous verrons alors se constituer ces tumeurs volumineuses, amenant jusqu'à l'orifice vulvaire, la vessie herniée.

Cette lésion entraîne du côté de la configuration vésicale des modifications importantes. Dans une cystocèle de moyenne grosseur, seule, la paroi postérieure de la vessie en rapport avec le vagin, est entraînée; le trigone solidement maintenu par les uretères et l'urètre ne subit pas de déplacement; mais il se constitue alors en arrière de lui, un bas-fond vésical en tous points semblable au bas-fond du malade atteint d'hypertrophie de la prostate; et, conséquence importante, l'orifice d'abouchement de l'urètre ne se trouve plus être au point le plus décliné, mais maintenant au-dessus du plan passant par la partie la plus basse du bas-fond formé.

A un stade plus avancé, la zone vésicale herniée, devient de plus en plus grosse; le trigone même est entraîné en arrière. Aux modifications de forme de la vessie, se joignent alors des modifications du trajet urétral. Abandonnant son trajet normal, l'urètre décrit maintenant une courbe à concavité dirigée en bas et en avant. L'orifice externe se trouve être plus haut que l'orifice interne. Et dans certains cas même on observe une coudure, à angle droit de l'urètre, sinus ouvert vers le bas.

Certains auteurs relatent même avoir observé des cystocèles dites en bissac. Dans ce cas, la vessie se trouve être formée

de deux poches, l'une a son emplacement normal, l'autre herniée, unies par un étroit pertuis.

Un auteur américain, Mundé, a relaté l'observation (obs. VI) d'une malade présentant une hernie vésicale spéciale en ce sens que la muqueuse vésicale avait pénétré à travers une éraillure de la tunique fibro-musculaire, l'unissant à la muqueuse vaginale. Le sac herniaire, qui se présentait à la vulve n'avait donc pour parois que les deux muqueuses, vésicale et vaginale. Mundé a donné à cette catégorie de cystocèle, le nom de « truc cystocèle » pour la différencier de la colpo-cystocèle normale.

Que nous ayons d'ailleurs affaire à l'une ou à l'autre de ces catégories, c'est aux déformations vésicales et urétrales que sont dues, comme nous allons le montrer, les troubles urinaires fonctionnels de la cystocèle vaginale.

Et de cette étude ressortira à nouveau, après l'analogie anatomo-pathologique, l'analogie symptomatologique du bas-fond vésical de la cystocèle vaginale et du bas-fond vésical de l'hypertrophie de la prostate.

Des troubles fonctionnels urinaires dans la cystocèle générale.

De la lecture de la symptomatologie fonctionnelle de la cystocèle vaginale, dans les observations recueillies et consignées dans notre étude, nous avons été amené à constater la constance de certains symptômes tels que la pollakiurie diurne, la polyurie etc.... D'autres symptômes tels que l'incontinence semblent n'appartenir qu'à certains cas de cystocèles. Nous allons montrer dans la suite de ce travail le mécanisme de formation de ces troubles et le rapport existant entre le degré de la tumeur et la date d'apparition de ces accidents.

Tout d'abord nous avons constaté que les auteurs anciens semblaient attacher beaucoup moins d'importance aux troubles de la miction qu'aux symptômes physiques de la cystocèle; c'est ainsi que Fabre écrit dans l'article sur la cystocèle vaginale publiée dans la Bibliothèque du médecin praticien, tome 3, page 333 : « Le premier phénomène et sans aucun doute le plus important à étudier est la tumeur même qui constitue le prolapsus ». Il existe, il est vrai, des cas de cystocèle où les troubles de la miction sont absolument nuls, et où seule la constatation de la tumeur et de la gêne qu'elle entraîne permet de poser le diagnostic. Et nous observons ce genre de cas non seulement dans les tumeurs peu volumineuses; même des cystocèles assez grosses sont parfois exemptes de symptomatologie fonctionnelle urinaire. C'est ainsi que l'observation XIX relate le cas d'une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, sans troubles de la miction.

Inversement il existe des cas de cystocèle où les troubles urinaires dominaient la symptomatologie de l'affection. Ce sont alors des tumeurs très peu volumineuses, que seul un examen attentif permet de déceler, et souvent les malades atteints de cette catégorie de cystocèle se croient atteints de cystite et sont soignées comme telles. C'est le cas de la malade dont l'observation XXIII, relate l'histoire.

Mais d'une façon générale l'apparition de la tumeur et celle des troubles urinaires sont également constantes et marchent de pair.

L'étude synthétique des troubles fonctionnels permet de scinder en deux périodes fondamentales la marche de la maladie.

A. Par quels symptômes se caractérise tout d'abord la première période? Ils sont au nombre de deux : pollakiurie et polyurie.

Pollakiurie. Ce symptôme domine la symptomatologie fonctionnelle de la cystocèle vaginale. Il existe dans tous les cas sans exceptions où existent des troubles urinaires. Pas une des observations que nous avons recueillies, pas un des nombreux travaux que nous avons lus, ne signale l'absence de ce symptôme coïncidant avec la présence d'autres symptômes subjectifs urinaires. Si ce symptôme fait défaut, nous lisons dans l'observation d'un tel malade « aucun trouble de la miction ».

Si ce symptôme est de tous le plus constant dans son existence, il est également le plus constant dans son apparition. C'est le premier trouble qui apparaît. Il peut aussi exister seul. Plusieurs observations ne signalent en effet dans les troubles fonctionnels urinaires que la pollakiurie.

Elle est surtout diurne; elle apparaît au lever de la malade, dès que celle-ci a quitté le décubitus horizontal. Elle se renouvelle à intervalles plus ou moins courts : la malade de l'observation XXIII, n'urinaît que 4 fois par jour. D'autres au contraire urinent beaucoup plus souvent, toutes les heures, les

demi-heures, toutes les 10 minutes parfois. Malgaigne relate le cas exceptionnel d'une fille de 48 ans, qui portait depuis 3 mois seulement une cystocèle peu volumineuse et qui urinait au moins 75 fois par jour.

La nuit, la plus grande part des malades ne se relève jamais pour uriner ; seule dans l'observation XIV nous lisons que cette femme était obligée de descendre 3 fois du lit.

Cette différence entre le jour et la nuit n'est pas due au fait même du décubitus horizontal, mais simplement au repos qu'il entraîne. Il suffit même à certaines malades, présentant une pollakiurie grave, de s'asseoir pour voir le nombre des mictions diminuer dans de fortes proportions. C'est ainsi, que la malade de l'observation XXI qui debout urinait toutes les dix minutes, restait une heure assise sans éprouver de besoin. Si la simple station debout a pour effet d'exagérer la pollakiurie, à plus forte raison la marche, les exercices pénibles auront une influence encore plus fâcheuse. Aussi les malades atteintes de cystocèle vaginale sont-elles presque toujours dans la triste obligation d'abandonner leurs occupations.. En outre de la pollakiurie, nous avons été frappé de constater dans un certain nombre d'observations la chose suivante. En certains cas les malades malgré l'envie impérieuse n'obtiennent pas satisfaction immédiate. (Observation XXII). Elles sont obligées d'attendre un certain temps avant que l'urine apparaisse au méat.

Cette pollakiurie devient souvent douloureuse, car à la longue nous observons une sorte de ténésme vésical. La douleur présente un caractère particulier par sa localisation superficielle. Les malades accusent en effet leur souffrance dans la région du méat urinaire, à l'extrémité toute antérieure de l'urètre. Nous avons noté dans un cas un caractère curieux de cette douleur, qui subissait à chaque retour des règles une recrudescence marquée. (Observation XVIII).

Un caractère important et presque constant de cette pollakiurie est la façon impérieuse par laquelle elle sollicite la miction. Les besoins sont parfois à ce point impérieux, que les

malades incapables de garder plus longtemps leurs urines et n'ayant pas le temps d'attendre, laissent leurs urines s'échapper. (Observations X, XIV, XXI).

Cette incontinence d'urine ne doit pas être confondue avec la véritable incontinence par regorgement. Nous n'avons affaire dans cette première période de cette affection qu'à une fausse incontinence.

Polyurie. — Si nous poursuivons la recherche des troubles urinaires à cette phase de la maladie, nous observons en certains cas de la polyurie. Mais ce symptôme est loin d'être aussi constamment observé que la pollakiurie. La lecture de l'histoire de nos malades nous montre que la plus souvent bien qu'urinant à de nombreuses reprises, elles ne laissaient échapper chaque fois que quelques gouttes ou tout au plus une quantité minime d'urine.

Cependant c'est un symptôme qui dans quelques cas a été noté (Observation II, XXV) et dont nous verrons plus loin l'importance au point de vue du pronostic.

Pathogenie de ces troubles urinaires. — A cette première période de la cystocèle, la vessie n'a pas encore subi de profondes transformations dans sa forme et ses rapports. Le bas-fond vésical, que nous signalions plus haut, est en voie de formation. A cette phase correspond anatomiquement la colpocèle antérieure.

Mais si les déplacements de la vessie sont encore peu graves, cet organe n'en est pas moins soumis de ce fait à des tiraillements incessants. A ceux-ci correspondent alors des troubles de l'innervation et de la circulation de l'organe. De là deux conséquences importantes dans l'état physiologique de la vessie apparaissent : l'élément douleur d'une part, l'élément congestion d'autre part.

Cette congestion vésicale provoque de continuels besoins d'uriner, et comme la cause ne disparaît pas, les malades éprouvent et font de nouveaux efforts pour uriner. Nous attei-

gnons alors ce stade de ténésme vésical que nous indiquons plus haut. Cet élément congestif est renforcé encore chez certaines femmes par d'autres éléments. Localement la vessie est dans une étroite relation au point de vue vascularisation veineuse avec le vagin et l'utérus, (plexus utéro-vésico-vaginal), aussi devons-nous bien penser que toute cause de congestion génitale trouve sa répercussion par stase veineuse du côté vésical.

Or, les causes de congestion génitale sont fréquentes chez la femme, règles, ménopause, coït, etc... C'est ainsi que le ténésme vésical d'une de nos malades (obs. XVIII) présentait une recrudescence cataméniale.

Nous mentionnons également cette cause de congestion passive qui est l'artériosclérose, « et qui amènerait ainsi que l'a très bien montré M. le professeur Guyon, une sorte de prostatisme chez les femmes lorsqu'elles atteignent un certain âge » (Thèse du Dr Comar, page 23).

Quant à l'élément polyurie elle est comme nous le disons plus haut, d'un pronostic fâcheux. Elle traduit en effet la congestion rénale réflexe de la congestion vésicale, et si nous nous rappelons que le stade congestif précède le stade inflammatoire, nous remarquons combien la polyurie est un mauvais signe dans la marche de l'affection.

B). Nous arrivons maintenant à la deuxième période de l'évolution de cette maladie.

Le trouble qui va dominer l'ensemble symptomatologique urinaire est la rétention d'urine. Nous disons l'ensemble, car les pollakiurie et polyurie de la première période ne cessent point, et souvent au contraire ne font que s'accroître. La meilleure raison n'en est-elle point la persistance de la congestion de la vessie ?

Rétention d'urine. - Elle peut être complète et aiguë. C'est là un cas assez rare que nous relatons dans les observations IV et V. La rétention d'urine observée au cours de la cystocèle

est en général incomplète et chronique. Elle se traduit par la fréquence, la difficulté, le retard des mictions. C'est dans l'observation d'une malade atteinte de rétention d'urine que nous lisons que les mictions se produisaient régulièrement toutes les dix minutes.

Elle est due à la présence d'un résidu urineux dans le bas-fond vésical que nous observons à la deuxième phase de l'affection. Cette urine ne peut s'écouler dans l'urètre dont l'orifice est situé au-dessus du niveau du liquide. Quant à la paroi vésicale elle est elle-même incapable de provoquer l'expulsion de ce résidu.

C'est à ce moment que nous voyons les malades employer des artifices pour se soulager. L'une d'elles emploie la position géno-pectorale. D'autres au contraire introduisant la main dans le vagin, pressent et expriment leur tumeur pour la vider de son contenu. (Obs. X, XVI).

Incontinence d'urine. — Ce symptôme apparaît de façon plus tardive dans la gamme des troubles urinaires de la cystocèle. Cette incontinence est différente de cette fausse incontinence signalée à la première période et due au ténésme vésical. Celle-ci est due au relâchement du col vésical ou à la distension de l'organe. Notre bas-fond n'a fait qu'augmenter avec les progrès de la tumeur. Le trigone jusque là inamovible est lui-même entraîné. La vessie subit la distention et c'est précisément parce qu'elle est trop pleine, qu'elle laisse échapper de l'urine à l'insu de la malade.

Cette incontinence d'urine qui traduit la distention vésicale est de pronostic fâcheux. Car à la distension vésicale va succéder la distention des uretères, bassinets. Féré même autopsiant une vieille femme atteinte d'une cystocèle volumineuse a même trouvé de l'hydronéphrose. Ce qui n'était que demi-mal, puisque la malade avait évité l'infection de son arbre urinaire.

Modifications du jet urinaire. — C'est également à cette deuxième période que nous constatons des modifications dans

le jet urinaire. Nous avons signalé plus haut les modifications du trajet de l'uretère après la mobilisation du trigone.

Ces modifications sont des plus variables. En outre du jet de la malade incontinente qui souille sa vulve à son insu, le jet urinaire de la malade qui accomplit une miction parfaitement volontaire peut être troublé dans sa force tel le jet régulier s'écoulant lentement en nappe. Il peut s'étaler en cône, en éventail. Fabre raconte l'histoire d'une femme qui dit-il « était obligée de s'accroupir pour pisser parce que debout le jet du liquide se dirigeait en avant contre sa chemise » (*Bibliothèque du médecin praticien*, tome III). Drouet dans sa thèse relate l'observation d'une malade dont le jet urinaire est projeté contre « l'espèce de soupape formée par le clitoris et l'extrémité supérieure des nymphes » d'où il retombait en lame sur la face antérieure de la tumeur.

Pathogénie de ces troubles urinaires. -- Nous ne reviendrons pas sur le détail de la pathogénie des troubles observés à cette deuxième période de la cystocèle vaginale, pathogénie que nous avons donnée à chaque symptôme.

Mais nous voulons à nouveau insister et faire remarquer que si les premiers troubles étaient d'ordre congestif, les seconds étaient d'ordre mécanique, et uniquement dus aux modifications de la forme de la vessie et de l'uretère. Nous avons fait observer plus haut, l'analogie du bas-fond vésical chez l'homme atteint d'hypertrophie de la prostate et avec celui de la femme atteinte de cystocèle vaginale. Nous faisons maintenant observer l'analogie des symptômes dans les deux sexes, créé par cette identique modification anatomopathologique.

Nous ne voulons pas non plus terminer ce travail sans dire quelques mots des importantes complications dans l'arbre urinaire qu'entraîne la stagnation de l'urine dans le bas-fond créé.

Complications

Cystite. La cystite est la complication la plus habituelle de la cystocèle vaginale. En dehors des causes habituelles qui expliquent chez la femme la fréquence assez grande de cette affection, nous insistons sur l'influence fâcheuse de la formation du bas-fond vésical. — La rétention d'urine qu'entraîne cette malformation, explique la fréquence de la cystite. Cette fréquence est grande puisque Férié faisant l'autopsie de 6 vieilles femmes qui présentaient des cystocèles volumineuses avec prolapsus utérins, a trouvé chez 5 d'entre elles des lésions certaines de cystite.

C'est en général à la cystite chronique que nous avons affaire. Il est d'ailleurs impossible de donner une date de début à l'apparition de cette complication chez une femme qui présente déjà les signes de la cystocèle. Seule la purulence des urines permet de fixer le diagnostic de cystite, et c'est là un signe dont l'apparition n'est pas assez nette pour frapper les malades.

Cette cystite chronique est d'ailleurs susceptible de poussées aiguës, en particulier au moment des règles et de la ménopause.

Si la cystite chronique est une complication presque normale de la cystocèle vaginale, la cystite aiguë est des plus rares. On la trouve à la première période de la cystocèle, à la phase congestive. Il n'y a à ce moment pas de bas-fond, mais du simple fait de la congestion de sa muqueuse la vessie est des plus aptes à s'enflammer sous l'action d'un apport micro-

bien (gonocoque, colibacille, streptocoque). Dans ce cas c'est plutôt une deuxième affection qui vient se greffer sur la cystocèle vaginale.

Urétéro-pyéélite. Néphrite. Ces complications plus rares que la précédente, n'en existent pas moins. Elles sont d'ailleurs favorisées par la distension vésicale qui de proche en proche remonte tout l'arbre urinaire. Nous rappellerons encore à ce sujet les travaux de Féré qui sur 6 vieilles cystocèles trouvait 5 complications d'urétéro-pyélo-néphrite. Chez la 6^e malade il existait des lésions de distension de l'urètre et du bassinet avec hydronéphrose.

Mais nous devons reconnaître que c'est une complication tardive, et qu'à cette époque la cystocèle vaginale a été suivie de prolapsus utérin, capable lui aussi de déterminer des troubles du côté des urètres par compression.

Calculs. Nous abordons là une des complications les plus fréquentes à notre avis de la cystocèle vaginale. Elle suit la cystite dans l'ordre de ces complications. Après la magistrale étude de Varnier sur cette question il n'y a plus rien à y ajouter.

Nous n'avons relevé depuis cette date qu'une seule observation de calcul dans la cystocèle vaginale. C'est l'observation, publiée dans notre étude sous le numéro XX, d'un petit calcul occupant le fond prolabé.

Quels sont les symptômes fonctionnels urinaires permettant de songer à la présence de calculs dans une cystocèle vaginale ? Le calcul peut se déplacer facilement, il pourra parfois en obstruant l'entrée du canal de l'urèthre déterminer des accès de rétention brusque d'urine.

S'il n'est pas assez gros pour boucher l'entrée de ce canal il pourra entraîner par sa position une dilatation du col vésical et déterminera alors des manifestations d'incontinence d'urine.

Si les calculs sont petits, ou si l'on a affaire à des graviers

on pourra constater l'expulsion de l'urèthre, mais ce sont là des faits exceptionnels.

De façon générale les calculs restent latents dans la cystocèle vaginale, ou la symptomatologie qu'ils causent (incontinence) n'est pas rapportée à sa véritable cause.

C'est ainsi que sur 38 observations de calculs rapportées par Varnier, 13 ne furent découvertes qu'à l'autopsie. Et dans la plupart des autres observations, c'est au cours d'un examen, tout à fait par hasard, que sont découverts ces calculs.

Fistule vésico-vaginale. C'est une complication très rare et en général consécutive à la présence de calculs dans le bas-fond vésical.

John Couper en 1867 décrit comme un fait extraordinaire la coexistence chez une même malade âgée de 51 ans, d'un prolapsus uterin, d'une cystocèle vaginale, d'une fistule vésicale et d'un gros calcul vésical.

Noneen en 1874 relate l'observation d'une femme de 36 ans souffrant depuis quelque temps de violentes douleurs vésicales et d'une tumeur vaginale de la grosseur d'une pomme. Cette tumeur contenait une pierre plus grosse qu'un œuf de poule, qui avait déchiré la vessie et la vagin à un pouce environ en arrière de l'orifice de l'urèthre.

Varier raconte qu'une malade présentait à un premier examen une cystocèle volumineuse avec un point soulevé et tendu par l'aspérité d'un calcul qu'on sent nettement à la palpation. La pression au niveau de ce point est très douloureuse et la paroi vésico-vaginale est tellement amincie qu'une perforation semble imminente. A un 2^e examen on trouve une perforation de la largeur d'une pièce de 1 franc se terminant en entonnoir sur la vessie, à bords irréguliers et déchiquetés. Par cette fistule la malade expulse des calculs.

Scanzoni en 1868 observe la présence d'une fistule vésico-vaginale, sans calculs, mais consécutive à un ulcère gangreneux de la paroi vaginale antérieure chez une femme atteinte de cystocèle vaginale.

OBSERVATIONS

Observation I.

(Rognetta citée par Fabre dans bibliothèque du médecin praticien)

Femme âgée de 49 ans qui après être accouchée quatre fois heureusement, éprouva quelques années après sa dernière couche de fréquentes envies d'uriner, accompagnées de difficultés dans l'émission des urines. Bientôt se joignirent à ces premiers symptômes, des douleurs dans les reins et des tiraillements dans l'épigastre; la maladie fut longtemps méconnue. En décembre 1831 M. Rognetta consulté, découvrit à l'examen des organes génitaux une tumeur du volume du poing, obstruant l'entrée du vagin. Elle était fluctuante; la compression exercée sur elle donnait lieu à des envies d'uriner; la vessie ne se vidait jamais complètement et cependant la région hypogastrique présentait une dépression. Il était facile en introduisant une sonde, de constater le déplacement de l'urètre; le méat urinaire regardait en haut et l'extrémité vésicale répondait à la commissure des grandes lèvres. Par le cathéterisme on donnait issue à une grande quantité d'urine bourbeuse et la tumeur s'affaissait. M. Rognetta mit fin aux accidents par l'application d'un pessaire cylindrique en caoutchouc.

Observation II.

(résumé de l'observation publiée par Mme Rondet).

Langlos, charcutière, âgée de 35 ans; 3 accouchements normaux. A la suite d'un effort violent sentit, il y a 5 ans, une tumeur entre les petites lèvres du volume d'un œuf de poule. Au commencement la

la malade qui éprouvait de fréquentes envies d'uriner et un malaise général s'en occupait peu ; mais étant obligée par son état d'être constamment debout, des symptômes plus graves ne tardèrent pas à se manifester ; il survint un écoulement abondant, des cuissos insupportables aux parties génitales, des maux de cœur et des nausées, particulièrement le matin. L'excrétion des urines était précédée d'une vive douleur à l'hypogastre. Un an après le volume était celui d'une grosse orange. Ce volume variait selon que la vessie contenait une plus ou moins grande quantité de liquide ou que la malade avait été plus ou moins debout.

Le matin à son lever la malade urinait sans effort et abondamment. A l'examen, la plus légère pression sur la hernie la faisait uriner ; et en continuant cette pression de bas en haut et d'arrière en avant, on parvenait à vider entièrement la vessie sans recourir au cathéterisme.

Observation III.

(résumée de Jobert de Lamballe, Mémoires de
l'Académie de médecine, 1838).

Malvoisin Rosalie, 48 ans, journalière, dix accouchements normaux. A la suite d'une de ses grossesses, cystocèle vaginale avec incontinence d'urine permanente. Le méat urinaire regarde en haut et en avant de telle sorte que pour introduire une sonde dans la vessie, il faut la diriger suivant une ligne qui se rendrait du clitoris à la commissure postérieure de la vulve.

Après une intervention ayant pour but de réduire la tumeur, les troubles fonctionnels se sont légèrement améliorés : pendant le jour, quand le besoin de rendre les urines se faisait sentir, cette femme pouvait les retenir un instant et les rendre dans un vase ; mais dans la nuit quand son sommeil était profond, elles coulaient sous elle sans qu'elle en eût la conscience, sans qu'elle fût réveillée par le besoin de les évacuer.

Observation IV.

(rapportée par Drouet, Thèse de Paris 1861).

Une femme âgée de 30 ans, accouchée heureusement, fit un grand effort le septième jour de ses couches, en changeant de place un seau plein d'eau et sentit au même moment une douleur si vive dans le vagin qu'elle tomba en syncope. Ayant repris connaissance elle s'aperçut qu'elle avait dans le vagin une tumeur considérable. Le chirurgien qui l'avait accouchée, prit cette tumeur pour la tête d'un second enfant, et les manœuvres inconsidérées qu'il entreprit ne contribuèrent pas peu à augmenter le mal. Chaussier trouva la tumeur aussi volumineuse que le fond d'un chapeau; la malade se plaignait beaucoup des reins et n'avait pas uriné depuis l'accident. Chaussier n'ayant pas de sonde sur lui, réduisit la tumeur par la compression; les lochies retenues par la tumeur s'écoulèrent en abondance; l'excrétion de l'urine fut plus lente à se manifester; enfin il coula plus de 3 livres pesant, ce qui soulagea la malade.

Observation V. (rapportée par Drouet).

Jeune fille 25 ans. Depuis plusieurs années accès d'hystérie et toux convulsive. Après chaque accès de toux rétention d'urine qui ne cédait qu'après la cathérisme. Sandifort explorant le vagin découvre une cystocèle. Guérison par un pessaire.

Observation VI.

(True cystocèle by Mundé American journal of obstetric 1890 p. 614).

L... C...; 25 ans. Mariée depuis 8 ans; 4 enfants dont le dernier du 1^{er} février 1890. Se présente à ma clinique (Polyclinique de New-York, le 17 mars 1890 se plaignant de mictions fréquentes et douloureuses surtout le jour, moins durant la nuit. En dehors des mictions aucune douleur. Les symptômes vésicaux étaient apparus les premiers deux mois avant l'accouchement qui fut laborieux, etc.

Observation VII.

(Extraite de l'article « Cystocèle » publié par Goff dans
l'American journal of obst., 1906, Tome 2, page 502).

Cystocèle vaginale volumineuse caractérisée entre autres signes par un besoin fréquent d'uriner, jamais complètement satisfait, par suite de l'accomplissement incomplet. La partie de la vessie formant la cystocèle reste sur un plan plus bas que l'orifice de sortie, et ne possède aucun muscle capable de la débarrasser de son contenu... etc.

Observation VIII. (Empruntée à Dutauzin).

Caroline P. 63 ans. Cnocierge. 4 accouchements.

Prolapsus uterin. Cystocèle volumineuse depuis 40 ans.

Troubles fonctionnels : Miction très fréquente. Quant la malade est levée, elle urine toutes les heures ou même toutes les demi-heures. La miction se fait sans difficulté, jamais il n'a fallu recourir au cathéterisme.

Observation IX. (Empruntée à Dutauzin).

Marie C. 72 ans. Domestique. 1 accouchement.

Prolapsus uterin. Très volumineuse cystocèle depuis 32 ans.

Aucun trouble de la miction.

Observation X. (Empruntée à Dutauzin).

Marie R. 76 ans. Blanchisseuse. 1 fausse couche.

Prolapsus uterin. Cystocèle volumineuse depuis 40 ans.

Miction parfois difficile surtout après la marche. De temps à autre la malade est obligée de presser avec la main sur la tumeur pour vider la vessie. Une seule miction la nuit. Quand le besoin d'uriner se fait sentir, la malade est obligée de le satisfaire immédiatement, souvent les urines s'échappent.

Observation XI, (empruntée à Dutauzin).

Augustine P., 77 ans, journalière. 5 accouchements normaux.

Cystocèle. Rectocèle depuis 5 ans.

Miction fréquente. Quand la malade est debout, elle urine tous les 1/4 d'heure et très peu à la fois, aussi elle reste assise une grande partie de la journée. Elle urine une seule fois la nuit.

Observation XII, (empruntée à Dutauzin).

Marie B., 61 ans, 5 accouchements. Au dernier déchirure du périnée.

Prolapsus utérin. Cystocèle très volumineuse.

Malade reste couchée car dès qu'elle se lève, elle est tourmentée par un besoin fréquent d'uriner. Chaque miction donne issue seulement à quelques gouttes d'urine. Malgré le volume de la cystocèle, jamais cette femme n'a eu besoin de réduire la tumeur pour vider la vessie.

Observation XIII, (empruntée à Dutauzin).

Prudence V., 66 ans, domestique, 1 accouchement avec rupture du périnée.

Prolapsus utérin. Cystocèle volumineuse depuis l'âge de 25 ans.

Aucun trouble de la miction. Pas de cystite.

Observation XIV, (empruntée à Dutauzin).

Marie L., 70 ans, blanchisseuse, 3 accouchements.

Prolapsus utérin. Cystocèle du volume d'un œuf de poule depuis 20 ans.

Miction très fréquente, toutes les heures si la malade marche ou se tient debout. La nuit, cette femme se lève 2 ou 3 fois pour uriner. Elle est obligée de satisfaire ce besoin sans quoi les urines s'échappent.

Observation XV, (empruntée à Jaubert).

R., 40 ans, 4 accouchements dont le dernier avec application de forceps.

Cystocèle vaginale à la suite de cet accouchement.

La malade garde mal ses urines, miction très fréquente. Léger degré de cystite.

Observation XVI, (empruntée à Jaubert).

C. Adénaïs, 49 ans, domestique.

En 1887 époque de sa ménopause, au moment d'un effort formation d'un prolapsus utérin et d'une cystocèle.

Fréquence de la miction; difficulté de l'expulsion de l'urine à tel point que la malade comprime la tumeur.

Observation XVII. (extraite de la thèse du Dr Senée).

J..., Alice, 60 ans, domestique. Trois grossesses normales.

Prolapsus uterin, cystocèle volumineux depuis 10 ans.

A l'examen la vessie a une capacité considérable.

Une sonde introduite dans l'urèthre immédiatement après la miction, montre qu'il existe un résidu vésical important.

Observation XVIII (même origine).

Le B..., Mathilde, 31 ans, ménagère, 4 grossesses normales.

Cystocèle volumineux depuis 6 mois. Douleurs dans le bas-ventre, exaspérées au moment des règles. Troubles importants de la miction, pollakiurie et dysurie; l'aspect des urines est resté normal.

Observation XIX

Empruntée à Tillaux, leçon recueillie par Témoin

et publiée dans les *Annales* de gynécologie, tome I, page 182.1889

Malade âgée de 50 ans, ménagère, 3 grossesses normales.

Depuis 6 mois, cystocèle de la grosseur d'un œuf de pigeon.

Aucun trouble de la miction.

Observation XX

Empruntée à Dumoret

dans les *Annales* de gynécologie, tome II, page 28, 1890.

Laiseau, 48 ans, journalière, 2 grossesses. Déchirure du périnée.

Au 4^e mois de la 2^e grossesse, apparition d'une cystocèle, dont la pression détermine l'envie d'uriner. Mictions très fréquentes.

Examen de la vessie dénote la présence d'un petit calcul occupant le fond prolabé de cet organe, urètre dilaté.

Observation XXI (empruntée à la thèse du D^r Comar)

V..., Philomène, 43 ans, cuisinière.

Prolapsus utérin léger, cystocèle.

Depuis 18 mois, la malade voit apparaître la fréquence des mictions, à tel point, que les dernières semaines, qui précédèrent son entrée à l'hôpital, la malade avait des besoins tous les quarts d'heure ou toutes les 10 minutes. Ces besoins étaient même devenus très impérieux, si bien que, s'ils n'étaient pas satisfaits dès qu'ils se faisaient sentir, de petites quantités s'écoulaient involontairement.

Il en était de même dès que la malade faisait un effort, toussait ou se mouchait.

Les choses étaient ainsi lorsque la malade, debout, vaquait à ses occupations, marchait.

La fréquence était beaucoup moins grande lorsqu'elle pouvait rester un certain temps assise; les derniers temps avant son entrée à l'hôpital elle pouvait rester une heure assise sans uriner, mais pas davantage.

Dans le décubitus dorsal, la nuit, tous ces troubles disparaissaient, la malade ne se relevait jamais pour uriner, il n'y avait jamais de miction involontaire au lit.

Pas d'hématuries, urines claires.

Observation XXII (empruntée à la thèse du Dr Comar)

C..., Virginie, 58 ans, couturière, 2 grossesses normales.

Prolapsus uterin. Cystocèle totale.

La malade accuse quelques douleurs consistant en sensations de brûlure en urinant, et qui existent depuis trois mois. Ces douleurs sont fugaces et peu intenses. La malade a aussi des envies d'uriner qu'elle ne peut satisfaire, plusieurs fois par jour, elle reste 5 à 10 minutes voulant uriner et ne pouvant pas se satisfaire; puis, après quelques instants quelques gouttes d'urine s'échappent toutes seules.

Observation XXIII (empruntée à la thèse du Dr Comar)

Femme malade depuis 18 mois. Quatre grossesses. Déchirure du périnée.

Début par des douleurs superficielles au méat urinaire, s'exagérant à la fin de chaque miction. Deux ou trois périodes de rémission depuis 18 mois. quatre ou cinq mictions le jour, 1 la nuit. Pas d'hématuries. Urines légèrement troubles. Traitée pour cystite jusqu'à un examen du Dr Legueu qui diagnostique une cystocèle, avec cystalgie.

Observation XXIV

recueillie dans le service de M. le professeur Pousson.

S..., Joséphine, 46 ans, ménagère. Entrée dans le service le 20 octobre 1921.

A l'âge de 21 ans, à la suite d'un accouchement laborieux, déchirure du périnée.

Il y a deux ans environ, ses mictions jusqu'alors normales, commencèrent à devenir plus fréquentes surtout le jour, à tel point qu'elle urinaît au moment de son entrée à l'hôpital toutes les 10 minutes durant le jour. Les besoins étaient devenus si impérieux, que la malade devait les satisfaire immédiatement.

La malade accuse également depuis le début de sa pollakiurie, une augmentation notable de la quantité de ses urines.

Celles-ci sont toujours restées claires.

Les troubles urinaires allant en s'accroissant, la malade se décide alors à rentrer à l'hôpital.

A l'examen objectif, on découvre une colpo-cystocèle, déterminant une saillie peu marquée de la paroi vaginale antérieure. Léger degré de rectocèle.

Observation XXV

recueillie dans le service de M. le professeur Pousson

R..., Juliette, 53 ans, ménagère. Entrée dans le service le 23 novembre 1921.

Trois accouchements dont le premier avec application de forceps.

La malade raconte qu'il y a une quinzaine d'années, elle ressentit des crises douloureuses très vives dans la région lombaire gauche. La douleur s'irradiait selon une ligne correspondant au trajet de l'uretère gauche. A cette époque, ces crises se présentaient tous les six mois environ. Les mictions étaient devenues assez fréquentes, mais la malade retenait ses urines le plus longtemps possible, la fin des mictions étant assez douloureuse.

La quantité d'urine avait augmenté.

La malade, traitée pour des coliques néphrétiques, ne ressent aucune amélioration; tout au contraire, les crises qui se produisaient tous les 6 mois, deviennent plus fréquentes.

Ces derniers temps, elles se produisent tous les 15 jours.

La malade doit cesser tous travaux pénibles, éviter toute fatigue.

Le 23 novembre, elle rentre à l'hôpital.

En outre des troubles subjectifs ci-dessus décrits, la malade présente à l'examen un effondrement du périnée.

Colpo-cystocèle légère.

CONCLUSIONS

I. — La lésion principale anatomo-pathologique est dans la cystocèle vaginale, comme dans l'hypertrophie prostatique, la formation d'un bas fond vésical.

II. — Les troubles urinaires fonctionnels constatés dans la symptomatologie de la cystocèle vaginale résultent, comme dans l'hypertrophie prostatique, de la création de ce bas-fond.

III. — Il existe des cas de cystocèle vaginale à symptomatologie objective passant inaperçue, mais où la présence seule nette de la symptomatologie fonctionnelle urinaire peut égarer le diagnostic.

Vu .

Le Doyen de la Faculté :

D^r SIGALAS

Le Président de thèse

POUSSON

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 6 Décembre 1921

Le Recteur de l'Académie :

R. THAMIN

BIBLIOGRAPHIE

Boudet. — Mémoire sur le cystocèle 1835.

Cooper (John). — Clinical lectures and reports by the médical and surgical staff of the London hospital. Vol. 9, 1867-1868, p. 425.

Chaffin. — *American journal surgery* New-York, 1919, XXXIII pages 183-187.

Cystocèle with or without descent of the uterus.

Comar. — *Thèse de Paris* 1894-1895.

— Des troubles urinaires dans les prolapsus vagino-utérins.

Delanglade. — Des prolapsus génitaux. *Annales de gynécologie* 1907.

Drouet. — De la cystocèle vaginale simple. *Thèse de Paris*. 1861.

Dumoret. — *Annales de gynécologie* 1890, t. II.

Dutauzin. — *Thèse de Paris* 1886-1887.

Contribution à l'étude des symptômes de la chute de la matrice compliquée de cystocèle. *Thèse de Paris* (1886-1887)

Fabre. — Cystocèle vaginale. (*Bibliothèque du médecin praticien*, t. III.

Forget. — Cystocèle vaginale. (*Bulletin de thérapeutique*. janvier 1844).

Gardner (W.). — A cause of procidentia uteri with numerous vesical calculi. (*British. med. journal*. Octobre 1897, p. 1141).

Gay. — *American journal surgery* New-York 1918 XXXII, p. 301.

Golding Bird. — Remarks on prolapsus of the anterior wall of the vagina as an occasional cause of fetid, phosphetic mucous urine (*Medical Times and gaz.* 1^{er} January 1853).

Goff. — Cystocèle. (*American journal of obstetric.* octvber 1906, p. 502).

Hegor et Kaltenbach. — Gynécologie opératoire. (*Traduction française* 1885).

Harrington. — Pudendal hernie of the bladder in a woman forty-six years of age. (*Boston med. and surg. journal*, avril 1902).

Huguier. — Cystocèle vaginale (*Gazette des hopitaux* 1844, p. 414).

- Hadra.** -- Remarks on vaginal prolapse, rectocèle and cystocèle. *American journal of obstetric.* May 1889, p. 457).
- Jaubert.** -- Etude comparative des divers modes de traitement de la cystocèle vaginale. (*Thèse de Bordeaux* 1889-1890).
- Labadie-Lagrave et Legueu.** *Traité médico-chirurgical de gynécologie* 3^e édition).
- Malgaigne.** — *Journal de chirurgie*, 1843.
- Munde.** — True cystocèle. (*American journal of obstetric.* June 1920, page 614).
- Noreen.** -- Chirurgische Bibliothek. Bd. VII, st. I, p. 105. (*Gœttingen* 1874).
- Petit-Dutaillis (Paul).** — Anatomie gynécologique 1901.
- Peacock (Alexandre).** — *The urologie and cutaneous review*, April 1914, page 194.
- Polailon.** — *Annales de gynécologie* 1886, t. I, page 305.
- Pousson-Desnos.** — *Encyclopédie française d'urologie* 1921, t. IV,
- Rheinstedter.** — *Cent. of gyn.* 1892, n° 36, p. 710.
- Rondet.** — Mémoire à l'académie de médecine 1835.
- Scangoni.** — Traité pratique des maladies des organes sexuels chez la femme 1868.
- Skene.** — *New-York Journal gyn. and obst.* 1892, y. II, p. 433 Hernie of the bladder.
- Sérée (Albert).** — La hernie périnéale de la vessie (cystocèle vaginale et son traitement chirurgical (*Thèse de Paris* 1910-1911).
- Trelat.** — *Annales de gynécologie* 1888, t. II, p. 173.
- Témoin.** — *Annales de gynécologie* 1889, t. I, p. 182.
- Varnier.** — Cystocèle vaginale compliquée de calculs (*Annales de gynécologie* 1885, t. II).
- Vatou.** — Contribution à l'étude de la cystocèle vaginale (*Thèse de Paris* 1890).
-

